

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904. — N° 41

---

LE  
PANARIS ACTINOMYCOSIQUE

---

ACTINOMYCOSE DES DOIGTS

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Décembre 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice MALARD

Né le 18 Mars 1881, à Saint-Mihiel (Meuse),

Élève à l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY & C<sup>ie</sup>, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1903





Digitized by the Internet Archive  
in 2026



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904. — N° 41

---

LE

# PANARIS ACTINOMYCOSIQUE

---

## ACTINOMYCOSE DES DOIGTS

---

### THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Décembre 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice MALARD

Né le 18 Mars 1881, à Saint-Mihiel (Meuse),

Élève à l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY & C<sup>ie</sup>, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1903

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. . . . . DOYEN.  
LACASSAGNE. . . . . ASSESSEUR.

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

## PROFESSEURS

|                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cliniques médicales . . . . .                             | MM. LÉPINE.<br>BONDET.<br>BARD.<br>PONCET.<br>JABOULAY.<br>X.<br>GAYET<br>GAILLETON.<br>PIERRET.<br>WEILL.<br>MONOYER.<br>HUGOUNENQ.<br>CAZENEUVE.<br>BEAUVISAGE.<br>LORTET.<br>TESTUT.<br>RENAUT.<br>MORAT.<br>TEISSIER.<br>AUGAGNEUR.<br>MAYET.<br>TRIPIER.<br>POLLOSSON (M.).<br>ARLOING.<br>LACASSAGNE.<br>COURMONT (J.).<br>SOULIER.<br>FLORENCE. |
| Cliniques chirurgicales . . . . .                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Clinique obstétricale et Accouchements. . . . .           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . . |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Clinique des maladies mentales . . . . .                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Clinique des maladies des enfants . . . . .               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Physique médicale . . . . .                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Chimie médicale et pharmaceutique . . . . .               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Chimie organique et Toxicologie . . . . .                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Matière médicale et Botanique . . . . .                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Parasitologie . . . . .                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Anatomie . . . . .                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Anatomie générale et Histologie . . . . .                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Physiologie . . . . .                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Pathologie interne . . . . .                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Pathologie externe . . . . .                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Pathologie et Thérapeutique générales . . . . .           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Anatomie pathologique . . . . .                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Médecine opératoire . . . . .                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Médecine expérimentale et comparée . . . . .              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Médecine légale . . . . .                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Hygiène . . . . .                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Thérapeutique . . . . .                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Pharmacologie . . . . .                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

## PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire. . . . . M. DOYON.

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                                     |                             |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------|
| Clinique des maladies des femmes . . . . .          | MM. POLLOSSON (A.), agrégé. |
| Maladies des voies urinaires . . . . .              | CHANDELUX, —                |
| Maladies des oreilles, du nez et du larynx. . . . . | LANNOIS, —                  |
| Propédeutique médicale . . . . .                    | ROQUE, —                    |
| Propédeutique chirurgicale. . . . .                 | ROLLET, —                   |
| Propédeutique de gynécologie. . . . .               | CONDAMIN, —                 |
| Anatomie pathologique . . . . .                     | DEVIC, —                    |
| Accouchements. . . . .                              | FABRE, —                    |
| Matière médicale . . . . .                          | MOREAU, —                   |
| Anatomie topographique . . . . .                    | DURAND —                    |

## AGRÉGÉS

|                                                                    |                                                                |                                                                   |                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| MM.<br>ROUX.<br>COLLET.<br>BOYER.<br>BARRAL.<br>MOREAU.<br>VALLAS. | MM.<br>SIRAUL.<br>DURAND.<br>PIC.<br>PAVIOT.<br>NOVE-JOSSERAND | MM.<br>BÉRARD.<br>SAMBUC.<br>BORDIER.<br>COURMONT (P.).<br>CHATIN | MM.<br>VILLARD.<br>TIXIER.<br>FABRE.<br>REGAUD.<br>CAUSSE, ch... |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|

M. BEAUDUN, Secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PONCET (M.), *Président*; BORDIER, *Assesseur*;  
MM. CHATIN et REGAUD, *Agrégés*.

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Témoignage de profonde reconnaissance  
et de tendre affection.*

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

**A mon oncle**

MONSIEUR LE DOCTEUR H. TOUSSAINT

Médecin-major de 1<sup>re</sup> classe à l'Hôpital Bégis,  
Lauréat de l'Académie de Médecine,  
Chevalier de la Légion d'honneur.

*Je dédie ce modeste travail, hommage de ma  
sincère affection, et ma vive reconnaissance  
pour l'intérêt qu'il n'a cessé de me porter.*

**A mon Président de Thèse**

MONSIEUR LE PROFESSEUR PONCET

Professeur de Clinique chirurgicale,  
Membre Correspondant de l'Académie de Médecine,  
Officier de la Légion d'honneur.

**A MES MAÎTRES**

## INTRODUCTION

---

Nous avons eu l'heureuse fortune d'observer dans le service de M. le professeur Poncet une localisation rare et à peu près méconnue de l'actinomyose ; c'était un malade qui se présentait à la consultation pour un panaris dont l'évolution, l'allure torpide, s'écartaient notablement des types classiques décrits. M. Poncet diagnostiqua aussitôt une lésion due à l'actinomyces ; l'examen bactériologique confirma le diagnostic en décelant le mycélium caractéristique. C'est à cette infection des doigts par le champignon rayonné que nous proposons avec M. Poncet de donner le nom de *panaris actinomycosique*, mot qui convient bien au siège et à la nature de la lésion.

Nous avons été frappé par cette localisation de l'oospora, et nous avons fait de nombreuses recherches dans la littérature médicale pour nous rendre compte de la fréquence de l'actinomyose des doigts. Nous en avons réuni dix observations ; dans sept cas, le diagnostic a été confirmé par l'examen histologique ; dans les trois autres cas (obs. VIII, XI et X) où les signes cliniques avaient cependant permis d'affirmer l'actinomyose, ce contrôle a fait défaut.

C'est un fait digne de remarque que la grande majorité des cas publiés sont presque tous des localisations cervico-faciales, thoraciques et abdominales. Bien peu

se rapportent aux lésions actinomycosiques de la peau. Le plus souvent, l'oospora envahit l'organisme en pénétrant par la muqueuse digestive ou pulmonaire ; on connaît beaucoup moins de cas dans lesquels l'actinomyces a pénétré directement par effraction du tégument. Cependant, les cultivateurs qui manient du blé, du seigle et autres céréales, que l'on sait être d'excellents véhicules pour l'oospora, sont exposés, par les égratignures de la peau, aux lésions actinomycosiques de la main. Il est probable que ces lésions sont le plus souvent méconnues, traitées pour des affections tuberculeuses ou inflammations banales.

Les lésions que produit le champignon rayonné chez l'homme ne sont guère connues que depuis une vingtaine d'années ; c'est avec le mémoire d'Israël, en 1878, que l'actinomyces a fait son apparition dans la pathologie humaine. En France, avant 1888, on n'en avait pas observé un seul cas ; depuis le nombre des cas publiés augmente tous les ans ; à la fin de 1896, on en comptait 67 observations publiées<sup>1</sup>, en 1902, ce nombre s'élevait à 146<sup>2</sup>.

L'actinomycose est une maladie cosmopolite ; on la trouve partout où on la cherche, dans une proportion à peu près égale. La preuve en est dans la laborieuse statistique de tous les cas publiés depuis cinq ans, en Europe et en Amérique<sup>3</sup>.

L'actinomycose n'est pas une curiosité pathologique ; elle ne doit pas être considérée comme une

<sup>1</sup> Congrès de Saint-Etienne. Août 1897.

<sup>2</sup> *Bulletin de l'Académie de Médecine*, avril 1902.

<sup>3</sup> Poncet et Thevenot, *Bull. Acad. de Méd.*, 9 juin 1903.

maladie rare ; elle est certainement aussi fréquente en France qu'à l'étranger, mais le plus habituellement elle est méconnue. Aussi, comme dit M. Poncet (*loc. cit.*) du jour où l'on songera à l'actinomyose, les cas se multiplieront, et naturellement pour le plus grand bénéfice des malades bien traités dès le début. « Il faut penser à l'actinomyose comme on pense à la tuberculose, au cancer, à la syphilis, par exemple. Que de fois n'avons-nous pas vu des néoplasmes suppurés, fistuleux, des accidents dits spécifiques n'être que des réactions variées de l'actinomyose dans les tissus. »

Nous n'avons pas la prétention de faire une étude complète du panaris actinomycosique ; il existe encore trop peu d'observations publiées pour en tirer des conclusions définitives. Le but de ce modeste travail est d'esquisser les grandes lignes nosologiques de cette affection ; nous serions heureux si nous avions réussi à appeler l'attention sur cette localisation encore trop rare de l'actinomyose, qui crée une nouvelle variété pathogénique et clinique de panaris.

Nous étudierons d'abord, dans un premier chapitre, les causes et le mécanisme de l'infection des doigts par l'actinomyces. Après en avoir décrit les lésions anatomo-pathologiques, nous aborderons la symptomatologie de ce panaris qui présente des caractères cliniques bien spéciaux ; nous passerons ensuite en revue les nombreuses affections avec lesquelles il serait facile de le confondre ; nous terminerons enfin par quelques considérations sur le traitement.

Mais avant d'aborder notre sujet, nous tenons à assurer de notre respectueuse reconnaissance, notre

éminent maître, M. le professeur Poncet, qui a bien voulu nous confier ce travail, et nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

M. Thévenot, chef de clinique chirurgicale, nous a aidé de ses conseils et de son expérience. Qu'il soit assuré de notre profonde gratitude.

Sur le point de quitter l'Ecole du Service de Santé militaire, nous sommes heureux de pouvoir remercier ici ceux de nos maîtres qui se sont intéressés à nous. Durant ces trois années, nous avons toujours trouvé près de M. le Médecin-Major et de Madame Ruotte, un accueil vraiment cordial que nous ne saurions oublier.

M. le Médecin-Major Georges nous a toujours reçu avec la plus grande bienveillance.

Qu'ils nous permettent de leur adresser ici l'expression de notre reconnaissance et de notre respectueux dévouement.

---

# LE PANARIS ACTINOMYCOSIQUE

---

## ACTINOMYCOSE DES DOIGTS

---

### I.

### ÉTIOLOGIE

---

**Fréquence de l'actinomycose des doigts.** — Quand on consulte les statistiques des cas d'actinomycose publiés jusqu'à ce jour, on est frappé de la rareté des cas d'actinomycose des membres et surtout des doigts. ILLICH<sup>1</sup>, dans un relevé de 421 cas, parus en Allemagne, en isole seulement 11 avec localisation tégumentaire, dont 2 aux doigts. Les statistiques de MOOSBRÜGER. SOKOLOV et GÜDER<sup>2</sup> ne font pas mention d'actinomycose des membres. TICHOV<sup>3</sup> a réuni 158 cas d'actinomycose dans la littérature russe; il n'y en a pas un seul d'actinomycose des membres. En France, le nombre des cas publiés jusqu'en 1902 (*Bull. Ac. méd.*, avril 1902) est de 146 qui se divisent en :

|                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| Localisations cervicales. . . . . | 76 |
| — viscérales. . . . .             | 67 |

<sup>1</sup> ILLICH, *Beitrag zur. Kl. der Actinomycose*, Vienne 1892.

<sup>2</sup> PONCET et BÉRARD, *Traité clinique de l'Actinomycose*, p. 72.

<sup>3</sup> TICHOV, 7<sup>e</sup> Congrès des Méd. russes, mai 1899, *Vratch.* 1899,

Tout récemment, MM. PONCET et THÉVENOT<sup>1</sup> ont fait le relevé de tous les cas d'actinomycose parus en France et à l'étranger, pendant ces cinq dernières années ; le total est de 632 cas ; la répartition des lésions dans 497 de ces observations est la suivante :

|                                           |     |
|-------------------------------------------|-----|
| Actinomycose cervico-faciale. . . . .     | 306 |
| Parois thoracique et abdominale . . . . . | 25  |
| Abdominale profonde . . . . .             | 84  |
| Pleuro-Pulmonaire . . . . .               | 71  |
| Cutanée et membres. . . . .               | 11  |

Parmi les localisations tégumentaires, nous avons noté comme siège deux fois le doigt.

En réunissant toutes ces statistiques, nous voyons que ces différents auteurs font mention de plus de 1500 cas d'actinomycose, parmi lesquels, il n'en est que quatre qui siègent aux doigts. La rareté de cette localisation mycélienne tient sans doute à ce que ces lésions passent inaperçues, car il est certain que le panaris actinomycosique est un diagnostic auquel on ne songe pas.

**Causes prédisposantes.** — L'actinomycose des doigts s'observe surtout chez les cultivateurs qui sont les plus exposés à la contagion par les végétaux. Quatre de nos malades étaient des paysans qui s'étaient infectés pendant les travaux de la moisson. La main droite, qui est celle qui travaille le plus, a été aussi le plus souvent atteinte : six fois à droite pour une seule fois à gauche.

**Cause déterminante.** — Le panaris actinomyco-

<sup>1</sup> *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 9 juin 1903.

sique reconnaît pour cause déterminante un traumatisme léger, insignifiant en apparence, qui produit une solution de continuité de la peau, et en même temps inocule le champignon rayonné ; Dans toutes nos observations, nous avons noté une porte d'entrée : piquûre, coupure, ampoule ouverte.

**Contagion par les végétaux.** — Dans la plupart de nos observations, nous avons observé l'inoculation directe de l'actinomyces par des débris végétaux. Le malade de l'observation VI s'est inoculé en ramassant des gerbes de blé ; un épi lui coupa la peau du sillon métacarpo-phalangien. Dans deux cas (obs. II et III), la porte d'entrée fut une ampoule ouverte, produite chez des cultivateurs qui fauchaient l'avoine. Dans deux autres cas (obs. I et VII), le véhicule du contagé fut une écharde de bois, qui pénétra sous la peau du doigt ; l'observation I a, à ce point de vue, la valeur d'une expérience : une domestique en lavant un plancher de sapin s'enfonça une écharde de bois à la racine du médius droit ; il s'y développa longtemps après un foyer actinomycosique ; l'incision de l'abcès fit découvrir un fragment de bois, à l'intérieur duquel l'examen microscopique décéla des touffes de mycélium avec des massues.

Ces faits s'accordent bien avec ce que nous savons de la biologie de l'actinomyces en dehors de l'organisme humain ; nous savons que l'oospora se trouve fréquemment sur les graines, épis de blé, barbes de seigle, sur les vieux morceaux de bois. L. Bérard et Nicolas ont constaté, sur des graines ensemencées depuis quatre ans, la présence d'un enduit soufré, pul-

vérulent, constitué par des spores, qui pouvait donner des cultures virulentes. Liebmann a démontré que l'actinomyces, enfoui dans la terre, peut se développer avec les plantes ; il a retrouvé sur ces dernières le parasite, capable de donner des cultures très virulentes. Du reste, l'actinomycose primitive de la peau a été fréquemment observée à la suite de blessures par des débris végétaux (Poncet et Bérard) ; tels sont les cas de Bertha, de Braatz, de Guillemot et de Lieblein, dans lesquels l'inoculation s'est produite à la suite de piquûre par des brins de paille ou des morceaux de bois.

Il faut tenir compte également de la contagion possible par les animaux, bien que moins fréquente que la contagion végétale. Il est maintenant bien établi que l'actinomycose animale est contagieuse et inoculable à l'homme. Les cas de Hartmann, Lühr, Poncet et bien d'autres démontrent la contagion par le contact avec les animaux porteurs de lésions actinomycosiques, ou d'objets souillés par eux (Poncet et Bérard, *Traité cl. de l'Act.*, p. 39).

Le panaris actinomycosique devra donc s'observer également chez les personnes qui manient des viandes infectées, des objets faits avec du cuir ou des poils souillés par le parasite.

---

## II

### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

---

L'actinomycose produit au doigt des lésions analogues à celles que l'on rencontre dans les autres parties de l'organisme. Nous y retrouverons l'allure si particulière du champignon rayonné, créant ici une induration ligneuse des tissus, là des nodosités qui mame-lonnent la peau, ailleurs des abcès et des fistules, poussant toujours ses galeries de taupinière dans les tissus environnants. Inoculé à la peau, par effraction du tégument, en même temps que l'agent vulnérant, il y colonise, et peut s'y localiser. Mais le plus souvent, il envahit le tissu cellulaire sous-cutané, produisant des lésions à extension rapide ; continuant ses pérégrinations, il ne connaît pas de barrières ; il attaque les plans profonds, aponévroses, muscles et os, le plus souvent en s'associant aux microbes d'infection secondaire. Nous aurons donc à étudier successivement les lésions de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, puis des plans profonds (aponévroses, muscles et os).

**Lésions de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.** — Nous retrouvons ici les lésions typiques de l'actinomycose cutanée. Nous pourrions les ranger, avec M. Poncet, sous deux formes : forme *nodulaire* et *ulcérée*, cette dernière faisant généralement suite à

la forme nodulaire, bien que quelquefois la lésion soit ulcéreuse d'emblée.

La lésion élémentaire est le *nodule actinomycosique*. C'est une tuméfaction hémisphérique, de grosseur variable, pouvant atteindre 1 centimètre et demi de diamètre, ou rester à l'état de grain miliaire. Plusieurs nodules sont généralement rassemblés ; il en résulte que la phalange présente un aspect bosselé. Ces nodules ont au début une consistance dure, ligneuse ; ils se ramollissent ensuite ; la peau, distendue, s'ouvre, et livre passage à du pus séro-sanguinolent. Les ulcérations sont ordinairement multiples ; leur fond est sanieux, bourgeonnant et très vascularisé. Nous retrouverons du reste la description de ces lésions au chapitre suivant.

Quelquefois, la lésion s'écarte de ce type : Dans l'observation VI, l'affection a débuté par une tuméfaction de la région blessée, puis quelques vésicules apparurent autour de la cicatrice ; l'ulcération se produisit donc d'emblée, sans passer par le stade nodulaire.

La structure du nodule actinomycosique est maintenant bien connue. Il provient d'une réaction de défense de nos tissus vis-à-vis de l'ennemi envahisseur ; ce processus de phagocytose a été bien étudié par MM. Pawlosvki et Maksoutow<sup>1</sup>. Nous n'en parlerons pas. Nous rappellerons seulement qu'au voisinage des foyers infectés, il n'y a nulle part de lésions vasculaires, pas d'endartérite, d'endophlébite, pas de caséifi-

<sup>1</sup> *Annales de l'Institut Pasteur*, 1893.

cation ni d'évolution scléro-gommeuse. Ce sont là des caractères très précieux pour le diagnostic.

Le parasite progresse par continuité, à la façon de la paroi infectante des abcès froids, créant des foyers suppurés et des trajets fistuleux. Il s'en écoule un pus séro-sanguinolent qui ne présente jamais les caractères du pus inflammatoire du panaris banal; ce pus est rare; il faut une pression assez énergique pour le faire sourdre; il contient les grains jaunes caractéristiques de l'actinomycose. La présence de ces derniers est un signe pathognomonique, pourvu qu'elle soit vérifiée par l'examen microscopique suivi de la coloration au Gram ou au picrocarmin; le mycélium est formé de filaments, qui présentent des dichotomisations très nettes en forme d'Y, caractère propre à l'actinomycose (Dor).

**Lésions des plans profonds.** — L'ulcération mycosique peut s'étendre aux plans profonds. Dans l'observation II, les lésions s'étaient étendues très profondément au niveau de l'éminence thénar; quand il fallut enlever les tissus morbides, les tendons fléchisseurs du pouce furent dénudés sur une étendue de 2 centimètres. Les foyers infectieux peuvent s'étendre fort loin dans la profondeur, nécessitant, comme dans le cas de Leser et Martens<sup>1</sup> des résections musculaires étendues. Tusini<sup>2</sup> fut entraîné à faire l'amputation du pied, puis de la jambe.

Dans l'observation II, l'actinomyces avait détruit

<sup>1</sup>. Martens, Un cas d'actinomycose de la cuisse. (*The Lancet* 1895).

<sup>2</sup>. Tusini, *Archiv. für klin. Chir.* 1900 Bd LXII. Akt. des Fusses.

tous les plans musculo-aponévrotiques jusqu'à l'os; la radiographie montra l'élimination d'un petit séquestre. Dans l'observation VII, les lésions osseuses nécessitèrent la désarticulation de la phalange.

Nous pensons que, dans ces cas, il s'agit d'une infection osseuse secondaire par les microbes ordinaires de la suppuration; l'actinomycose respecte presque toujours les os; la preuve en est dans la rareté des lésions du maxillaire, alors que sont si fréquentes les localisations cervico-faciales. Du reste, l'actinomycose des os des membres est très rare; on ne connaît guère dans la science que les deux observations d'Israël et de Köhler<sup>1</sup>, dans lesquelles il s'agit de lésion mycosique de l'extrémité inférieure du fémur.

Les lésions sont, en général, parostales; il y a une tuméfaction qui adhère au squelette sous-jacent, mais le stylet qui pénètre par les fistules ne conduit pas sur une surface osseuse dénudée. Ce n'est que dans les cas chroniques que l'os pourrait être attaqué par le parasite.

---

<sup>1</sup> *Traité clinique de l'act.* (Poncet et Bérard.)

### III

## DESCRIPTION CLINIQUE

---

L'actinomyces qui vient de pénétrer par effraction sous la peau du doigt, va coloniser et évoluer suivant deux formes cliniques : une forme aiguë, à allure phlegmoneuse, rapide, et une forme chronique, à allure torpide et récidivante.

**Forme aiguë.** — La forme aiguë est exceptionnelle. Elle est caractérisée par une évolution rapide, accompagnée de phénomènes inflammatoires. Le plus souvent la petite plaie qui a servi de porte d'entrée, se cicatrice par première intention ; quelques jours après surviennent quelques phénomènes douloureux, et une légère gêne fonctionnelle dans le doigt ; bientôt la région inoculée s'œdématie rapidement ; dans l'observation VI, l'œdème envahit le doigt tout entier et la paume de la main. Des douleurs s'accusèrent très vives, empêchant tout sommeil pendant quarante-huit heures ; la peau du doigt devint rouge et chaude ; mais, remarque importante, on ne nota ni lymphangite au bras, ni adénite axillaire. Un abcès se forma, huit jours après le début de l'affection, quelque temps après l'apparition de quelques phlyctènes autour de la cicatrice de la petite plaie. Les douleurs toujours vives persistèrent jusqu'à ce qu'ont eût incisé l'abcès formé. Quelques jours après,

de nouveaux élancements douloureux survinrent ; il se forma un nouvel abcès un peu plus en avant, puis bientôt un troisième. L'index présente alors à sa face palmaire trois ulcérations, à fond sanieux, grisâtre, sphacéliques par endroits ; les bords sont décollés, cratériformes.

Dans l'observation III, l'éminence thénar est devenue rapidement douloureuse et très tuméfiée, peu de temps après l'ouverture d'une ampoule à la base du pouce.

Nous retrouvons donc au doigt cette forme aiguë que l'on a signalée, quoique rarement, dans les formes cervico-faciales<sup>1</sup>. Ce processus aigu est dû sans doute à des associations microbiennes ; l'analyse bactériologique a montré, dans l'observation VI, la présence du staphylocoque dans le pus, en même temps que des grains d'actinomycose. La gravité locale du processus mycosique doit être rattachée à l'association de l'oospora avec les saprophytes des téguments ; grâce à cette symbiose, le parasite peut faire œuvre rapide de destruction. Peut-être faudrait-il aussi faire une part, dans l'évolution rapide de cette forme, à une virulence initiale du parasite ou à une prédisposition individuelle vis-à-vis de l'actinomycose, due à un milieu tissulaire ou humoral, très favorable à son développement. Il existe en effet des actinomycoses bénignes et d'autres malignes d'emblée, les premières ayant une tendance spontanée à la guérison, les autres prenant une extension rapidement envahissante et résistant à une médication prolongée.

1. Poncet et Berard, *Traité cl. de l'Actinom.*, p. 78.

**Forme chronique.** — L'actinomyces évolue rarement en suivant cette forme aiguë ; le plus souvent l'affection s'installe sans bruit, sans grande réaction, à la façon des lésions tuberculeuses ou syphilitiques ; elle évolue en passant successivement par les deux types que nous avons décrits au chapitre précédent ; le type *nodulaire* et le type *ulcéré*.

Mais, chose remarquable, l'actinomyces ne manifeste pas sa présence aussitôt son inoculation sous la peau. Il semble qu'il ait besoin de vivre pendant un certain temps en milieu anaérobie, de s'accoutumer peut-être au milieu animal et de prendre ses formes de défense ; nous savons, du reste, que l'inoculation aux animaux de cultures d'actynomyces échoue très souvent, et que l'actinomyces perd sa virulence quand il passe par un milieu animal.

Nous avons noté, dans la plupart de nos observations, un temps plus ou moins long entre le moment de l'inoculation et l'apparition des premiers symptômes : 15 jours dans l'observation VII, 4 semaines (obs. II), 5 semaines (obs. V), 2 ans (obs. I). Dans ce dernier cas, il s'agissait d'une femme, qui s'était enfoncé une écharde de bois sous la peau du médius ; quelques phénomènes inflammatoires survinrent aussitôt après l'accident, ils disparurent au bout de huit jours. La petite plaie se cicatrisa, sans suppurer ; il resta sous la peau de la région blessée un petit nodule dur, ligneux, de la grosseur d'un pois, que le malade appelait « ein Beinchen » (petit os). Cet état resta stationnaire pendant deux ans, jusqu'au jour où ce nodule se mit à grossir et à devenir douloureux à la suite d'un léger traumatisme. Cette

longue incubation ne doit pas nous surprendre. Pourpre rapporte deux cas d'actinomyose primitive de la joue, dans lesquels il y eut un intervalle de huit et dix ans entre l'inoculation et l'apparition des premières lésions <sup>1</sup>.

Il est peu probable qu'il s'agisse dans ces cas d'incubation véritable, en raison des variations extrêmes que subit cette période. Nous pensons plutôt, avec M. Poncet, à des phénomènes de microbisme latent ; dans le corps étranger, qui est habituellement un fragment de céréale ou de bois, le champignon, protégé par les enveloppes de cellulose contre l'action des éléments anatomiques et des liquides de l'économie, conserve pendant très longtemps sa vigueur et sa capacité de prolifération.

Les premières manifestations du parasite sont très caractéristiques : au point inoculé apparaît une tuméfaction arrondie, hémisphérique, de consistance dure, ligneuse au début ; c'est le *nodule actinomycosique*, dont nous avons déjà parlé au chapitre précédent. Son volume est variable, depuis la grosseur d'un pois à celle d'une noisette et plus. Au début, il est mobile, roule sous le doigt ; la peau est libre et glisse à sa surface. Il est quelquefois unique (obs. I et V). On observe alors une petite tumeur arrondie, dure, indolore, du volume d'une noix dans l'observation V. Le plus souvent, d'autres nodules apparaissent dans le voisinage du premier, la région présente alors un aspect mamelonné tout particulier. Dans l'observation II, toute l'émi-

<sup>1</sup> Thèse de Pourpre, Lyon, 1901-1902 p. 58.

nence thénar était parsemée de foyers de granulations de la grosseur d'un pois ou d'une noisette. La phalangette, dans l'observation VII, était augmentée de volume et déformée par des masses qui soulevaient les téguments et donnaient au doigt un aspect bosselé.

La peau qui recouvre ces nodules ne présente rien de particulier au début; bientôt le nodule adhère à la peau, ne roule plus sous les doigts; il devient de plus en plus saillant; la peau est amincée, tendue, brillante, parcourue par de petits vaisseaux; elle devient rouge, un peu chaude; les nodules apparaissent jaunâtres; il semble qu'ils soient sur le point de s'ulcérer et de verser à l'extérieur les produits qu'ils renferment. L'ensemble de la région est le siège d'une tuméfaction dure, de consistance ligneuse; cette tuméfaction éveille l'idée de quelque chose de bizarre, qu'on n'a pas encore vu, comme dans l'observation I, où le diagnostic fut laissé en suspens, car il ne cadrerait avec aucune affection connue.

C'est au sein de ce tissu sclérosé que sont enchâssés les nodules actinomycosiques. Bientôt, les nodules se ramollissent à leur centre, la périphérie restant dure, donnant l'impression d'une coque fibreuse remplie d'une matière mollassse pseudo-fluctuante. La peau distendue s'ouvre et donne issue à une sérosité louche, plutôt qu'à du pus franc; cette sérosité peu abondante est mêlée à beaucoup de sang; les ulcérations sont le plus souvent multiples; dans les observations II et III, l'éminence thénar et la base du pouce étaient parcourues par de nombreuses fistules qui suppurèrent longtemps. Les ulcérations ont des bords décollés, à

fond sanieux. Le pus qui s'en écoule contient les grains jaunes caractéristiques bien connus.

La région qui vient d'être ainsi sillonnée par l'actinomyces présente à sa période d'état, l'aspect suivant : la peau est bosselée irrégulièrement ; les parties saillantes sont les unes dures, les autres ramollies, fluctuantes ; le tout repose sur une base indurée, presque ligneuse ; quelquefois, au sommet des mamelons, on aperçoit de petites phlyctènes à contenu rousseâtre. Cette surface ainsi mamelonnée présente, ça et là, des cratères à fond sanieux, à bords décollés ; il subsiste entre ces ulcérations des ponts de peau saine ; l'ensemble de la région ressemble bien à un champ occupé par une taupinière, avec ses monticules de terre.

Le parasite progresse par continuité à la fois en surface et en profondeur, les lésions s'étendent vers la périphérie de tissus, créant de nouveaux foyers suppurés et des fistules ; en même temps, il gagne en profondeur il traverse les plans musculo-aponévrotiques, envahit les muscles de l'éminence thénar (obs. II) jusqu'aux tendons fléchisseurs du pouce. Dans l'observation VII, l'infection actinomycosique avait envahi toutes les parties de la phalange de l'annulaire ; on dut en faire la désarticulation. Dans ces cas, il faut tenir compte des infections secondaires qui se sont surajoutées à l'infection mycélienne primitive.

Il est à noter que dans aucun cas, la lésion mycosique n'a envahi les gaines tendineuses du doigt, ni les articulations ; les mouvements sont toujours restés libres ; en outre, on n'a jamais observé de ganglions axillaires, ou épitrochléens ; les lymphatiques qui par-

tent du point lésé n'étaient pas enflammés. Le retentissement ganglionnaire est, en effet, l'exception dans l'actinomycoïse ; l'absence de ganglions engorgés, au voisinage d'une lésion inflammatoire chronique doit être donnée comme un bon signe de la nature mycosique de la lésion.

Les *symptômes généraux*, dans le panaris actinomycoïse sont nuls ; il n'y a pas de fièvre, pas de retentissement sur l'état général. Au début, on note seulement un peu de douleur, due à la distension des tissus par l'œdème inflammatoire ; dans la suite l'affection évolue d'une façon à peu près indolore.

Il nous reste à élucider un point d'une grande importance pour le pronostic : l'actinomycoïse des doigts peut-elle infecter secondairement l'organisme, devenir une maladie infectieuse générale, une pyohémie ?

Si nous nous en rapportons au cas de Ponfick (obs. IX), la chose est fort possible. Ponfick cite le cas d'une femme qui, trois ans après une coupure au pouce, vit évoluer un foyer actinomycoïse dans la région cervicale ; la lésion mycélienne ulcéra la jugulaire et se généralisa.

L'auteur admet une relation de causalité entre la blessure du pouce, et l'évolution ultérieure de l'actinomycoïse<sup>1</sup>. Mais la chose n'est nullement démontrée ; la blessure au pouce paraît avoir été insignifiante, et pendant les trois années qui s'écoulèrent entre la blessure et l'apparition des premiers symptômes, la malade a eu tout le temps de s'infecter par la voie digestive.

Néanmoins nous ne devons pas rejeter a priori l'ex-

<sup>1</sup> *Beitr. zur. kl. Chir.*, Bruns, Bd III, p. 358.

plication de Ponfick ; cette période de trois ans, pendant laquelle l'actinomycose serait resté cantonnée au doigt, sans manifester sa présence, n'est pas inadmissible. Nous avons rapporté plus haut des cas témoignant d'une plus longue incubation. En outre, la généralisation de l'actinomycose par voie sanguine est admise par la plupart des auteurs. Un foyer cutané peut infecter secondairement l'économie. Tel est, par exemple, le cas de Keller<sup>1</sup>, foyer suppuré d'actinomycose des parois abdominales ; l'abcès se cicatrise, il ne reste qu'une fistule ; *deux ans après*, symptômes de tumeur cérébrale ; la trépanation montre un foyer actinomycosique au niveau de la pariétale ascendante. De même, Hebb et Israël<sup>2</sup> relatent chacun un cas d'actinomycose généralisée à allure pyohémique ; dans le cas d'Israël, le malade avait présenté un foyer mycosique suppuré de la paroi thoracique ; l'actinomycose se généralisa en donnant un grand nombre d'abcès en diverses régions du corps.

L'étude que nous venons de faire du panaris actinomycosique nous dispense d'insister longuement sur le *pronostic*. L'affection n'a aucune tendance spontanée à la guérison ; elle évolue en profondeur, en multipliant les ulcérations et les fistules : les associations microbiennes qui s'y surajoutent viennent créer une nouvelle infection. Aussi la lésion traîne-t-elle le plus souvent en longueur ; sa durée varie d'un mois à trois (obs. VI) et même 8 et 9 mois (obs. V et IV).

<sup>1</sup> *The Britsch Med. Journal*, mars 1890.

<sup>2</sup> *Actinomycose du foie*, Aribaud (th. de Lyon 1896-97).

## IV

### DIAGNOSTIC

---

Le panaris actinomycosique est une affection rare, à laquelle le clinicien ne songe pas tout d'abord. L'irrégularité de sa marche, la variété des symptômes en rendent le plus souvent le diagnostic difficile. Nous ne reviendrons pas sur l'aspect que revêtent les lésions ; de tous les caractères qu'elles présentent, un seul est pathognomonique, c'est la présence des grains jaunes, souvent très petits, qui peuvent échapper à un examen un peu rapide.

La coloration des grains devra être faite, sous le contrôle microscopique, soit par le picro-carmin, soit par le Gram ; la dichotomisation des filaments mycéliens devra être recherchée, elle donnera la certitude presque complète de la présence de l'actinomycose (Dor).

Le clinicien devra songer à l'actinomycose, quand il rencontrera de ces panaris à allure bâtarde, avec cette longue incubation, cet aspect bosselé, nodulaire du doigt, ces abcès multiples, successifs, en chapelet pour ainsi dire, cette sorte « d'hybridité des signes physiques », c'est à dire le mélange de lésions inflammatoires et néoplasiques qui donnent l'impression de maladies qu'on n'a pas l'habitude de voir.

Le *panaris inflammatoire banal* ne sera pas confondu avec le panaris actinomycosique. L'évolution rapide, avec douleur intense, chaleur, formation d'un abcès contenant du pus phlegmoneux franc, l'envahissement fréquent du squelette sous-jacent et des gaines, la présence habituelle de lymphangite ou d'adénite, sont autant de caractères opposés à ceux des lésions mycosiques.

Le *panaris ostéomyélite* ou ostéopériostite des phalanges est bien caractérisé par son évolution spéciale. Il survient surtout de dix-huit à vingt ans, débute brusquement par une douleur et un gonflement rapide au niveau de l'épiphyse supérieure de la phalange; l'état général est parfois grave; il peut y avoir simultanément d'autres localisations d'ostéomyélite.

L'actinomycose des doigts pourrait être facilement confondue avec les lésions tuberculeuses. Le *spina ventosa* a, comme la lésion mycosique, une évolution subaiguë, à peu près indolore, il y a du gonflement du doigt et de nombreuses fistules. Mais la lésion tuberculeuse sera caractérisée par la forme de la phalange en radis; l'ulcération se produit presque toujours sur la face dorsale, rarement sur la face pulpaire; l'os lui-même est gonflé, boursoufflé; le stylet introduit par les fistules arrive à la surface de l'os ou même dans l'intérieur de la cavité médullaire. En outre, la présence de ganglions et la recherche des commémoratifs achèveront de renseigner sur la nature de la lésion.

Le *tubercule anatomique* ne sera pas confondu avec le nodule actinomycosique; son étiologie spéciale, son siège à peu près exclusif à la face dorsale des doigts, son

évolution lente mettront sur la voie du diagnostic.

Les *ulcérations tuberculeuses* des doigts, ou *panaris tuberculeux*<sup>1</sup> ne surviennent que chez les phthisiques avérés ; l'ulcération a un fond irrégulier, tapissé de fongosités chair d'huître, granuleux ; tout autour, il y a souvent un semis de granulations caractéristiques.

La *tuberculose chronique à forme lupique* peut siéger aux mains et aux doigts formant des placards rougeâtres, surélevés, nodulaires, pouvant être confondus avec une infiltration mycélienne. Le lupus sera caractérisé par ses nodules, enchâssés dans la peau, faisant une légère saillie, se multipliant en amas excentriquement, les lésions anciennes cicatrisées étant au centre.

Dans les cas douteux, l'examen microscopique lèverait les doutes, montrant en cas de lésion actinomycosique les grains jaunes dans le pus et, dans les tissus, les *cellules de Unna* caractéristiques (Dor). Avec le bleu de méthylène, ces cellules se colorent entièrement en bleu, alors que les cellules épithélioïdes tuberculeuses n'ont de coloré que leur noyau. Avec l'éosine, le protoplasme des cellules épithélioïdes se colore en rose, alors que celui des cellules de Unna ne se colore pas. En outre, dans l'actinomycose, il n'existe pas de caséification, pas d'artérite, pas d'endophlébite, aucun symptôme de caséification. Il y a là tous les éléments nécessaires pour faire un diagnostic.

La *sypilis*, au doigt, peut simuler l'actinomycose. L'accident primitif, le plus souvent *chancre périunguéal*, de même que certains accidents secondaires,

<sup>1</sup> Wracek, *Atlas man. des Mal. de la Peau*, Pl. L.

comme le *périonyxis*, ont un siège et une morphologie bien caractéristiques.

La *dactylite syphilitique* ou *panaris syphilitique* de Nélaton, pourrait plus facilement prêter à confusion. Comme dans l'actinomycose, le doigt est le siège d'une tuméfaction indurée par place ou ulcérée, à évolution très lente; mais la dactylite syphilitique qui est le plus souvent une manifestation de la syphilis congénitale, s'observe surtout vers l'âge de douze ans. Le doigt a un aspect fusiforme; la peau est violacée, tendue; les ulcérations fréquentes donnent issue à du tissu gommeux ou des fongosités. Les douleurs sont vives, avec exacerbation nocturne. La recherche des antécédents, et l'étude des commémoratifs confirmeront le diagnostic.

Le *panaris analgésique* de Morvan est absolument indolent; il est toujours multiple, atteignant successivement plusieurs doigts; il est accompagné de troubles trophiques locaux ou généraux et de troubles de sensibilité générale, symptômes qui le différencient nettement.

Dans la *lèpre*, les doigts sont augmentés de volume, en boudin; la peau est bosselée par les tubercules lépreux souvent ulcérés. Le diagnostic se fera ici par la coïncidence d'autres manifestations cutanées, les troubles nerveux et trophiques, la gravité de l'état général, l'étude des commémoratifs qui décèlera la notion de contagion, et enfin la recherche du bacille de Hansen dans les tubercules.

Nous devons parler aussi de deux variétés de panaris, décrites tout récemment: le *panaris diphtéri-*

que<sup>1</sup> et le *panaris à gonocoques*<sup>2</sup>. Dans le premier, on observe une tuméfaction douloureuse et chaude, suivie bientôt de l'apparition d'une phlyctène, contenant un liquide séro-purulent. Cette tuméfaction n'aboutit pas à la formation d'une collection à suppuration franche; la pression ne fait pas sourdre de pus, mais une très petite quantité de sérosité louche. Il y a peu ou pas de réaction générale. Le diagnostic se fera par l'étude des commémoratifs qui décèlera le contact avec un diphtérique, par l'évolution de ce panaris très bénin, qui, exposé à l'air, rétrocede spontanément, et enfin par l'examen du contenu de la vésicule, qui montrera quelquefois une fausse membrane, toujours le bacille de Löffler.

Nous n'insisterons pas sur le *panaris à gonocoques*, encore trop peu connu, qui semble se manifester par l'apparition d'une vésicule contenant une sérosité jaunâtre, sans que le doigt soit douloureux. Le diagnostic ne peut se faire que par l'étude des commémoratifs et l'examen bactériologique du pus.

Certains néoplasmes cutanés peuvent avoir la même apparence que l'actinomycose. Tel est le *cancroïde*<sup>3</sup> des doigts, ou épithéliome, qui se présente sous l'aspect d'une ulcération dont les bords sont relevés en bourrelet, le fond couvert de bourgeons saignant facilement; il survient surtout chez les personnes âgées, forme parfois une tuméfaction exubérante, en choux-fleur, reposant

<sup>1</sup> Hau et Revol, *Lyon Médical* 16 août 1903 et 28 janvier 1900.

<sup>2</sup> *Presse Médicale*, 28 janvier 1900.

<sup>3</sup> Blum, *Chirurgie de la main*.

sur une base indurée ; il y a une infection ganglionnaire et une cachexie marquée.

Le *sarcome des phalanges* forme une tumeur bosselée, indolente, unie aux gaines tendineuses ; son évolution est très lente ; il tend à envahir les parties voisines. Le plus souvent l'examen histologique sera nécessaire pour affirmer le diagnostic.

Reste à différencier le panaris actinomycosique des pseudo-actinomycoses. La *botriomycose* se présente au doigt sous la forme d'une masse champignonnée, ulcérée, toujours pédiculée, du volume d'un pois à celui d'une noisette ; le diagnostic n'est pas douteux.

Le *mycétome*, ou *pied de Madura*, dû à l'*Oospora Madura*, très voisin de l'*Oospora bovis*, siège le plus souvent au pied (80 fois sur 100). Mais il peut siéger à la main, ou rester localisé à un ou plusieurs doigts ou orteils. Dans ces derniers cas, le mycétome est une affection qui présente à peu près tous les caractères de l'actinomycose vraie ; les téguments de la région malade sont soulevés par des masses qui donnent un aspect irrégulier et mamelonné. Sur cette tuméfaction parfois énorme, apparaissent de petites tumeurs de la grosseur d'un pois ou d'une noisette. Ces nodosités dures, au début, se ramollissent et s'ouvrent spontanément. Il s'écoule un liquide sirupeux contenant des corpuscules jaunâtres ou noirâtres, qui ressemblent beaucoup aux grains actinomycosiques. L'affection évolue sans fièvre, sans douleur. Mais, à l'inverse de l'actinomycose, la lésion reste toujours locale, ne se généralise jamais ; en outre il y a souvent des lymphangites et adénites.

## V

### TRAITEMENT

---

Le traitement de l'actinomyose des doigts comporte d'abord des mesures de prophylaxie qui sont dictées par l'étiologie de l'affection. La contagion se faisant toujours par les végétaux, on devra désinfecter soigneusement toute blessure suspecte, et extraire les débris du corps étranger qui pourraient rester dans la plaie.

Le traitement à mettre en œuvre sera mixte ; il résulte en effet des recherches de M. Poncet que l'iodure de potassium dont on a dit tant de merveilles est loin d'être un spécifique dans l'actinomyose, comme il l'est dans la syphilis. Le traitement médical seul donne souvent des résultats nuls ; il doit être considéré comme un adjuvant très précieux du traitement chirurgical, mais un simple adjuvant.

Le traitement devra donc commencer par l'administration de l'iodure de potassium à doses échelonnées de 2, 4, 6 grammes comme dans la syphilis, en tenant compte des susceptibilités individuelles. Ce traitement a donné des résultats remarquables dans l'observation VI ; au sixième jour, les plaies bourgeonnaient avec tendance à la cicatrisation. Mais, s'il y a une infection associée, ce qui est très fréquent, le traitement ioduré ne suffira pas ; on devra inciser les foyers

inflammatoires formés et faire le curetage de la plaie. Si l'os est érodé en surface, la curette devra visiter et détacher toutes les portions de vitalité douteuse ; quelquefois il y aura à détacher des séquestres.

Il faut se rappeler que le seul procédé de cure radicale d'une lésion actinomycosique est l'extirpation totale des lésions dues au parasite. Cette règle est facile à suivre quand les lésions sont limitées, comme dans les observations I et V où il n'y avait qu'un seul nodule actinomycosique. Parfois le chirurgien sera amené à faire des résections assez étendues. Bertha (obs. II) fut obligé d'aller si loin qu'il dénuda les tendons fléchisseurs du pouce sur une étendue de 2 centimètres.

Il y aurait lieu peut-être de traiter l'actinomycose des doigts par les injections modificatrices, ce qui n'a été tenté dans aucune de nos observations. On peut employer l'iodure de potassium, la teinture d'iode, l'acide borique et surtout le sublimé en solution variant de 1 pour 100 à 1 pour 1000 (Albert et Illich).

Parmi toutes les substances préconisées tour à tour dans le traitement de l'actinomycose, il en est une, connue depuis quelques années, qui semble donner d'excellents résultats : l'*iodipine*, combinaison chimique de l'iode avec l'huile de sésame. Kreibich<sup>1</sup> en a obtenu d'excellents résultats dans trois cas d'actinomycose, dont deux de la joue. Il injectait dans l'intérieur des nodosités actinomycosiques 5 à 6 centimètres cubes de l'iodipine à 25 pour 100, avec des intervalles de quatre à cinq jours, en tout environ

<sup>1</sup> Wiener klin. Wochenschrift, 1902, n° 4.

30 centimètres cubes. La guérison se produisit en quatre ou cinq semaines sans cicatrice.

L'iodipine pourrait être administrée dans le traitement de l'actinomyçose, en l'introduisant dans l'économie par ingestion, ou mieux, par la voie sous-cutanée ; cette méthode a donné aux auteurs allemands d'excellents résultats dans tous les cas où on administre l'iodure, par exemple dans les syphilis graves ; la dose moyenne par injection est de 10 à 20 centimètres cubes de la solution à 25 pour 100. Il est actuellement démontré que l'iodipine constitue un réservoir d'iode où l'organisme puise pendant longtemps ; la résorption de l'iodipine se fait d'une façon régulière ; l'élimination se prolonge pendant longtemps (402 jours dans un cas observé par Feibes)<sup>1</sup>, à l'inverse de l'iodure de potassium qui est résorbé et éliminé en grande masse en un temps très court. Ceci explique pourquoi l'iodipine est bien supporté par les malades, ne produisant jamais d'accidents d'iodisme, fait précieux en cas d'intolérance.

Il y a certainement là une indication thérapeutique à suivre dans le cas où l'on voudra laisser longtemps l'organisme sous l'effet de la médication iodée, de façon à prévenir toute récurrence, tout réveil de champignon rayonné.

<sup>1</sup> Feibes, *Betrachtungen über das Iodipin*. (*Dermat. Zeitschrift*, Bd. IX, 1902).

---

## OBSERVATIONS

---

### OBSERVATION I

(MÜLLER, *Beiträge zur klin. Chir. Bruns*, 1888, Bd III, p. 355).

#### *Actinomycose du médius droit.*

M. B..., femme de vingt-huit ans, domestique.

Étant occupée à laver un plancher de sapin, s'enfonça un éclat de bois dans la main droite. Cet éclat de bois pénétra à l'union de la première phalange du médius droit et de la paume de la main. Un médecin fit l'extraction de cet éclat de bois tout entier, au dire de la malade. La main enfla surtout à la région dorsale. La blessure se referma sans suppurer. Toute la main fut enflée pendant une huitaine de jours; puis le gonflement disparut et il ne resta plus à cette place qu'un « petit os » (Beinchen) de la grosseur d'un pois, qu'on pouvait facilement faire rouler sous la peau.

Cet état resta stationnaire pendant *deux ans*. La malade vint alors à heurter la main contre une pièce de bois, mais sans produire de nouvelle lésion de la peau. La tuméfaction primitive se mit à grossir et à devenir douloureuse; le gonflement envahit la première phalange du médius.

On a pu établir, d'une façon très explicite, que la malade n'avait jamais eu à soigner de bétail; l'été précédent, elle avait fait les travaux de la moisson, mais elle ne s'est fait aucune écorchure à la main.

A son entrée, bonne santé générale. On constate une tuméfaction, siégeant sur la première phalange du médius droit. Cette tuméfaction forme une saillie hémisphérique de la grosseur d'une demi-noisette; elle s'étend depuis le pli de flexion des doigts sur la main, jusqu'au niveau de l'articulation de la première avec la deuxième phalange du médius.

Le gonflement s'atténue insensiblement sur la face dorsale et la face palmaire du doigt. La surface de la tuméfaction est régulière; la consistance est variable selon les endroits; par place on perçoit de la fluctuation, mais peu distinctement, ailleurs une sensation de dureté. Si on cherche à déplacer la tuméfaction sur l'os, on ne peut la mobiliser.

La peau sus-jacente est de couleur plus foncée; passant sur la tuméfaction, elle semble déplacée, et elle est manifestement amincie.

Le gonflement se continue depuis la paume de la main jusque dans la région de la face antérieure de l'articulation métacarpo-phalangienne du médius.

Le diagnostic de la nature de cette tuméfaction fut laissé en suspens, car il ne cadrait avec aucun des états morbides connus. Cette tuméfaction avait la forme et la consistance d'un ganglion; mais le siège en était trop anormal; en tout cas, je pensais à tout autre chose qu'à l'actinomycose. Aussi, très grand fut mon étonnement, lorsque mon bistouri, après incision de la peau distendue et amincie, tomba dans une petite cavité, remplie de granulations molles. De cette cavité s'échapèrent les grains jaune-vert bien connus, qui aussitôt attirèrent mon attention du côté de l'actinomycose. Bientôt après, l'examen microscopique les révélait comme étant en toute évidence des grains d'actinomycose. Toute la région épaissie fut circonscrite au bistouri et séparée des parties saines; et là, à la face palmaire de la main se trouvait encore l'éclat de bois, entouré d'un tissu ramolli.

La guérison se produisit sans aucune réaction et s'est maintenue jusque maintenant, c'est-à-dire six mois après l'opération.

L'éclat de bois avait une longueur de 5 millimètres et une largeur d'un millimètre. Il était recouvert par un enduit mince, formé par une masse grise, fibrineuse. Une brindille de ce bois fut détachée pour procéder à l'examen microscopique; la structure du bois, avec ses cellules, était bien conservée; à sa surface, il y avait une épaisse couche de touffes d'actinomyces, qui étaient faciles à reconnaître à leur mycélium et leurs massues caractéristiques : A un faible grossissement (Seibert, p. III), après

coloration par la méthode de Gram, on observait ça et là à la surface de l'éclat de bois des masses irrégulières, de couleur bleu foncé, qui étaient contenues dans les cellules et les trous du bois. A un plus fort grossissement (immersion 1/12), on vit nettement que toutes ces masses étaient formées d'un réseau très touffu de filaments mycéliens remplissant les cellules ligneuses; on voyait, par places, des massues et des filaments à extrémité claviforme.

## OBSERVATION II

(BERTHA, *Wiener medicinische Wochenschrift*, 1888, n° 35.)

### *Actinomyose du pouce droit.*

Franz K..., âgé de quarante-cinq ans.

En août 1886, étant occupé à faucher de l'avoine, il remarqua qu'à la suite de la continuelle pression de la faux une ampoule se formait à la base du pouce droit. Il l'ouvrit lui-même, continua son travail, et s'enleva accidentellement un lambeau de peau assez étendu. K... reprit son travail. Au bout de quatre semaines, gonflement de la racine du pouce, surtout de la région anciennement blessée et rougeur de la peau gagnant toute la main. Bains locaux.

Résolution des phénomènes morbides qui réapparaissent cependant au bout d'un mois. Le gonflement augmente et envahit le pouce. Toute l'éminence thénar est parsemée de foyers de granulations de la grosseur d'un pois ou d'une noisette. Ces granulations s'ouvrent. Il se produit un écoulement continu de pus, depuis le mois de novembre 1886.

A l'entrée du malade à l'hôpital, le 24 février 1887, l'état de la région du pouce est le même. On remarque à la base du pouce droit une tuméfaction fluctuante de la grosseur d'une noix; une pression énergique en fait sortir un peu de pus. A côté, il y a plusieurs petites nodosités semblables. Les mouvements du pouce sont normaux. Le pus contient des corpuscules qui,

examinés au microscopie, donnent un résultat positif au point de vue de la présence de l'actinomyces.

25 mars 1887. — Excision de la peau malade ; les tissus morbides sont enlevés avec la curette. Il fallut aller si loin que les tendons fléchisseurs du pouce furent dénudés sur une étendue de 2 centimètres.

19 mars. — Le malade sort guéri.

#### OBSERVATION III (résumée).

(ALBERT, de Vienne, cité par Poncet et Bérard,  
*in Traité cl. de l'actinomycose*, 1898, p. 49.)

##### *Actinomycose du pouce droit.*

Un cultivateur, en fauchant l'avoine, veut ouvrir avec sa faucille une ampoule développée à la base du pouce droit, au point de pression du manche de la faux. Il s'écorche ; l'éminence thénar devient rapidement douloureuse, tuméfiée et, au bout d'un mois, s'ouvrent plusieurs fistules qui donnent issue à du pus chargé de grains d'actinomycose.

#### OBSERVATION IV (résumée).

(Wautrin, in thèse de Marc, *Sur quelques cas d'actinomycose en Lorraine*, Nancy, 1902.)

M. H..., domestique, soignait des vaches.

Le malade entre à l'hôpital le 15 février 1901 pour une tuméfaction qui est apparue sur le dos de la main au mois de juin dernier ; cette tuméfaction grossit petit à petit ; au mois d'octobre on fit une incision par laquelle s'écoule du pus. La tuméfaction continue à augmenter.

A son entrée, le dos de la main présente une tuméfaction qui s'étend du bord externe du deuxième métacarpien au bord externe du cinquième, recouvrant les articulations métacarpophalangiennes. La peau est rouge.

Pas de douleur spontanée, pression un peu douloureuse. Les

mouvements des doigts sont assez faciles. Traitement ioduré. Amélioration. Le malade sort le 28 février.

L'examen bactériologique du pus a montré, avec des diplocoques et microcoques, des grains formés de filaments ramifiés, non cloisonnés, avec massues terminales, présentant l'aspect typique de l'actinomyces.

## OBSERVATION V

(KOPFSTEIN, *Wiener medicin. Wochenschrift*, n° 34, p. 1642.)

Femme de trente-cinq ans, étant occupée à peler des pommes de terre se fit une coupure dans le pli interdigital entre le pouce et l'index de la main droite. Elle lia des gerbes avec sa blessure ouverte; quelques barbes d'épi se logèrent dans la plaie. La blessure guérit le huitième jour.

Cinq semaines plus tard, il se forma à cette place une tumeur dure, indolore, de la grosseur d'une noix; huit mois après, cette tumeur fut enlevée, et la malade guérit.

La tumeur était entourée par une membrane dure, scléreuse; elle était formée de tissu granuleux. Au centre, il y avait quelques gouttes de pus, avec des grains d'actinomyces et trois petites barbes d'épi.

## OBSERVATION VI

(A. SICARD, Actinomycose cutanée du doigt,  
*Presse médicale*, 15 août 1903.)

G..., femme de trente-neuf ans, vit à la campagne sans qu'elle ait à soigner de bovidés. Elle a eu six enfants, tous actuellement bien portants. Il n'existe chez elle aucun antécédent syphilitique. Elle est d'une santé parfaite et robuste.

Le 25 août 1902, en ramassant des gerbes de blé pour les lier en faisceaux, elle ressent une douleur vive au niveau de l'index gauche. Un épi de blé venait de couper la peau du sillon méta-



PLANCHE I. — Actinomycose cutanée. Piqûre par un épi de blé.  
Un tampon de ouate a été placé entre les deux doigts pour les  
écarter. (Obs. VI, du D<sup>r</sup> A. Sicard, reproduit avec autorisation  
spéciale de la *Presse médicale*).



carpo-phalangien sur une étendue d'1 centimètre et demi environ ; la section avait été très nette, tout à fait superficielle et n'avait été suivie que d'un très léger écoulement de sang. La malade ne fait pas autrement attention à ce petit accident. Elle travaille comme à l'ordinaire les jours suivants, sans ressentir aucune douleur ou sensation anormale.

La petite plaie s'était cicatrisée dès le surlendemain.

Cependant, huit jours après, un matin au lever, G... ressent une gêne douloureuse au niveau de l'index gauche qui s'œdématise assez rapidement. Elle évite de se servir de la main gauche. L'œdème augmente les jours suivants et envahit l'extrémité du doigt et la paume de la main. Les douleurs s'accroissent très vives, empêchent pendant quarante-huit heures tout sommeil. Puis, quelques vésicules apparaissent aux alentours de la cicatrice ancienne, et la peau, à ce niveau, devient rouge et chaude. Pas de lymphangite du bras, pas d'adénopathie axillaire.

Un médecin appelé alors (quinze jours après la coupure, huit jours après le début des phénomènes douloureux), constate la formation d'un abcès. Une incision pratiquée au bistouri laisse échapper un peu de pus et beaucoup de sang. Quelques jours après, une seconde incision est jugée nécessaire : elle livre passage à une quantité de pus plus appréciable. Les douleurs diminuent d'intensité. On panse à l'eau phéniquée.

La semaine suivante, après de nouveaux élancements douloureux, le malade constate la formation d'un second abcès situé un peu plus en avant du premier, au niveau de la deuxième phalange de l'index ; quelque temps après, un troisième foyer fait éclosion au niveau de l'interstice séparant l'index du médius. La suppuration des trois foyers persiste, assez prononcée, et, dans la crainte de l'amputation du doigt, le malade vient consulter à l'hôpital le 14 octobre 1902.

Le pansement phéniqué enlevé, nous constatons trois plaies s'étendant au niveau des régions déjà décrites (voyez photographie), à la face palmaire de l'index gauche. Elles ont mauvais aspect, sont assez profondes, à fond sanieux grisâtre, sphacélique par endroits, à bords cratériformes. Elles mesurent en surface

deux centimètres environ, et sont espacées entre elles par des intervalles de peau amincie, luisante, décollée par place. On donne issue par la pression à des gouttelettes de pus qui s'échappent du tissu cellulaire décollé. Le deuxième foyer (phalango-phalangien), détergé, laisse apercevoir l'ulcération s'étendant vers la profondeur. Les plans musculo-aponévrotiques sont détruits, le stylet permet de sentir l'os sous-jacent dénudé. L'épreuve radiographique montre bien l'atteinte périosto-osseuse, et même l'élimination d'un petit séquestre.

*Examen bactériologique.* — Dans le pus recueilli de l'un des foyers, il est possible d'isoler de petits grains jaunâtres, très peu nombreux du reste. Les autres foyers sont explorés à ce point de vue, sans succès. Ecrasés entre deux lames, ces grains donnent, après coloration, l'aspect caractéristique de l'actinomyose. Nous n'avons pu déceler que les filaments mycéliens centraux, sans retrouver de cellules sporifères. Les filaments restaient bien colorés par la méthode de Gram, et les massues étaient fortement colorées en jaune orange par le picro-carmin. La recherche des associations microbiennes ne nous a montré que quelques staphylocoques sans streptocoque.

*Evolution.* — Le diagnostic étiologique était établi. Nous conseillons alors à la malade des pansements à la gaze iodoformée trempée dans de l'eau bouillie, et des bains locaux tièdes, et nous ordonnons un traitement interne ioduré à la dose de 4 grammes par jour d'iodure de potassium.

Dès lors, les lésions se modifient rapidement. Au sixième jour, les ulcères s'étaient détergés, les plaies bourgeonnaient avec tendance à la cicatrisation ; l'écoulement séro-purulent s'était complètement tari.

Quinze jours après, 29 octobre, les foyers étaient en pleine cicatrisation et il n'était plus possible de constater, sur les préparations microscopiques, de formes mycéliennes.

## OBSERVATION VII

(Recueillie dans le service de M. le professeur Poncet,  
due à l'obligeance de M. Thévenot.)

### *Panaris actinomycosique de l'annulaire droit.*

M. M..., charpentier, âgé de soixante-six ans, se présente à la consultation de M. Poncet, le 17 février 1902. Il est envoyé par son médecin, le Dr Dolard, pour une affection de l'annulaire droit.

Les antécédent héréditaires ou personnels de ce malade ne nous apprennent rien qui puisse nous éclairer sur la nature de sa maladie actuelle.

Son père est mort à quarante-deux ans, d'une lésion aiguë du poumon.

Sa mère était une cardiaque, qui succomba à quarante ans.

Marié, il a eu deux enfants bien portants.

C'est à la suite d'un traumatisme qu'il vit apparaître les accidents qui l'amènent à l'hôpital. Il y a un mois et demi, il se serait piqué la face interne du doigt avec un petit morceau de bois. L'examen clinique et l'examen radioscopique, que nous devons à l'obligeance de M. Chanoz, ne permettent pas de reconnaître actuellement l'existence de ce corps étranger.

Pendant les quinze premiers jours, le malade ne remarqua rien de particulier, puis peu à peu, l'extrémité de son doigt se tuméfia et devint douloureuse. Vingt jours après, son médecin fit à ce niveau une incision qui aurait laissé s'écouler pendant quelques jours un peu de sérosité séro-purulente et qui se serait refermée rapidement. Depuis, la lésion s'est reproduite avec la même allure et les mêmes caractères que la première fois. Elle s'est étendue peu à peu ; une nouvelle tuméfaction inflammatoire s'est même développée un peu au-dessus des autres, au pli de flexion de l'articulation de la deuxième et de la troisième phalange.

Actuellement l'affection est un peu douloureuse, soit au

toucher, soit spontanément. L'aspect du doigt est caractéristique, ainsi que le montre la figure suivante :

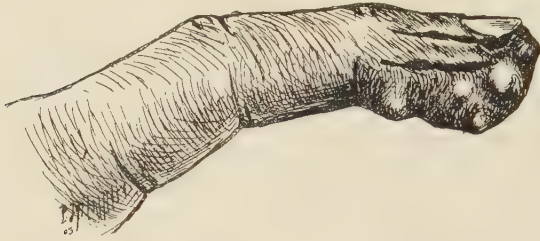


PLANCHE II.

La phalangette est, dans son ensemble, augmentée de volume : elle est déformée par des masses qui soulèvent les téguments au-dessous desquels elles siègent, et donnent au doigt un aspect bosselé. A travers la peau, amincie, parcourue par de petits vaisseaux dilatés, elles apparaissent jaunâtres, et il semble qu'elles soient sur le point de s'ulcérer, et de verser à l'extérieur les produits qu'elles renferment. On a l'impression qu'elles sont indépendantes les unes des autres, qu'elles sont fluctuantes et qu'elles contiennent une matière purulente. Toutes sont au même degré de développement, et l'on ne trouve pas autour d'elles de noyaux durs, non encore ramollis, qui pourraient être le premier stade de l'évolution des lésions.

Elles se sont agglomérées pour former deux amas, l'un occupe la pulpe même du doigt, l'autre, venu plus tardivement, est situé un peu au-dessus. Elles se sont surtout développées du côté de la face palmaire de l'annulaire et un peu moins du côté des faces latérales ; la face dorsale est indemne ; sur la face externe, on voit une croûte allongée, brunie par le nitrate d'argent, et qui ferme actuellement l'incision pratiquée par le médecin.

Ces diverses manifestations pathologiques sont restées super-

ficielles. Les mouvements provoqués du doigt sont possibles ainsi que les mouvements spontanés. Ceux-ci sont gênés par un peu de raideur, qui existe d'ailleurs pour les deux doigts voisins.

Les lymphatiques qui partent de ce foyer ne sont pas enflammés, ne sont pas engorgés, et les ganglions auxquels ils aboutissent ne sont pas perceptibles. La lésion est restée localisée à son point d'inoculation.

L'incision de quelques-unes de ces masses est faite séance tenante afin que l'examen microscopique permette de porter un diagnostic ferme, les caractères cliniques de l'affection laissant naturellement quelques doutes sur sa nature actinomycosique.

On constate alors qu'il ne s'agit pas de petits foyers suppurés. On se trouve en présence d'amas sébacés dont le contenu ne s'écoule pas à l'extérieur; il faut se servir de la curette pour les évacuer au dehors.

20 février. — Le malade revient au pansement. Les divers nodules inflammatoires sont ouverts et curetés. L'incision faite antérieurement sur la face externe du doigt conduit dans une cavité plus étendue que les autres, et qui va presque jusqu'à l'os. Toutes ont d'ailleurs les mêmes caractères; elles sont limitées par une paroi résistante, dont les bords sont taillés à pic, qui laisse facilement se détacher d'elle le contenu de la poche. Pansement à la gaze iodoformée. De l'iodure de potassium est prescrit à l'intérieur, l'examen histologique ayant permis de porter un diagnostic ferme.

Deux petits foyers, jaunâtres, sous-épidermiques, purulents d'apparence, furent incisés. A l'ouverture, il ne s'écoule qu'un peu de sérosité sanguinolente. Avec une petite curette, on recueillit dans leur fond quelques débris, mous, rougeâtres, qui, examinés par M. L. Dor, chef du laboratoire de la clinique chirurgicale, révélèrent sous le champ du microscope le mycélium caractéristique du champignon rayonné.

Voici, du reste, la note remise à ce sujet, par M. Dor ;

En dissociant avec des aiguilles les petits amas sébacés qui

ont été recueillis dans les tubes de verre, on trouve tellement de grumeaux qu'il est impossible de dire s'il y a des grains actinomycosiques; mais en écrasant ces grumeaux sur des lames de verre, et en les laissant se dessécher pour les colorer avec la thionine phéniquée, on trouve deux préparations qui présentent l'aspect suivant.

Au milieu d'amas de cellules épidermiques altérées, on tombe tout à coup sur un amas bien isolé, entièrement constitué par une multitude de petites agglomérations de filaments enchevêtrés. Chaque petite touffe examinée avec une immersion de 1/12 se présente sous l'aspect d'un enchevêtrement de filaments mycéliens, dichotomisés en Y.

L'aspect est suffisamment caractéristique pour que, même en l'absence de massues terminales, on n'hésite pas à faire le diagnostic de *mycélium actinomycosique*, et à affirmer que l'on se trouve en présence d'un grain jaune écrasé; tout au plus pourrait-il s'agir d'une variété de pseudo-actinomycose, c'est-à-dire d'un streptothrix un peu différent de l'actinomyces vrai.

Le malade a été revu au mois d'août 1902. Il s'est d'abord soigné à sa fantaisie, puis seraient survenues des lésions osseuses sous-jacentes qui ont nécessité la désarticulation de la troisième phalange de l'annulaire. Il a été examiné de nouveau par M. Poncet, en mai 1903, il était complètement guéri depuis longtemps

## OBSERVATION VIII

(GAULT, in thèse de Marc *Sur quelques cas d'actinomycose, en Lorraine, Nancy, 1902*).

### *Actinomycose du médius.*

P., âgé de dix-sept ans, bien constitué.

Vers le mois de juin 1901, il contracta la maladie. Une épine,

disait-il, lui était entrée sous la peau de la deuxième phalange du médius. Peu de temps après, constatation d'un abcès à ce niveau. Incision donnant lieu à un écoulement de pus au milieu duquel étaient des filaments reliant les parois de l'abcès à un magma informe placé au centre. Ce pus était brunâtre et renfermait de « petites nodosités analogues à des grains de millet (Gault) ».

Application d'un pansement humide. Au lieu de rétrocéder, le mal ne fit que s'étendre, et le 11 juin, malgré les incisions, et les curetages faits les jours précédents, la plaie s'étendait autour de la phalange et présentait plusieurs nodosités et filaments baignant dans le pus.

Par le même traitement, le 25 juin, il n'y avait plus d'extension; des bourgeons charnus commençaient à remplir les vides et, le 2 juillet, la cicatrisation était à peu près complète.

Le 15 du même mois, une cicatrice marquait l'emplacement de la plaie.

#### OBSERVATION IX (résumée).

(PONFICK, *Berliner klin. Wochenschrift*, 1879;  
cité par Gangolphe : *Maladies inf. des os*, p. 701).

Femme D., quarante-cinq ans, se fit avec un instrument sale une blessure au pouce droit, qui fut suivie de la tuméfaction du bras.

Ce fut là, au dire de Ponfick, l'origine d'un foyer actinomycosique qui se développa, trois ans après, dans la région cervicale.

L'affection se généralisa dans la suite; la malade présentait durant trois années des symptômes de cachexie progressive; il se forma des tumeurs douloureuses dans le dos, le cou, qui s'abcédèrent en laissant des fistules.

A l'autopsie, une fistule du cou même à un foyer puru-

lent prévertébral, et une végétation mûriforme (parasitaire) a pénétré dans la jugulaire. Tumeurs de même nature dans l'oreillette et le ventricule; petites productions analogues dans le myocarde et le péricarde; péricardite adhésive; nombreux foyers semblables dans les deux poumons. Foyers d'actinomyose dans la rate et le lobe occipital droit.

#### OBSERVATION X

(MURTAGH, *Revista de la Sociedad medica Argentina*, t. XI, p. 318; *La actinomycosis humana en la Republica Argentina*, par Daniel J. Cranwell).

Un vétérinaire Murtagh, après avoir attiré l'attention sur les ravages extraordinaires causés par l'actinomyose dans les troupeaux de bœufs de la province de Buenos-Ayres, rapporte qu'il a connu un cas d'actinomyose chez l'homme avec localisation à la première phalange de l'index (*Revista veterinaria*, 31 diciembre de 1900); on dut faire l'amputation du doigt; la guérison s'effectua sans récidence, grâce à l'opportunité de l'intervention due à un des cliniciens les plus célèbres.

Ce cas, qui serait le premier observé chez l'homme dans la République Argentine, n'est pas accompagné de description clinique ni anatomo-pathologique; le grand éloignement ne nous a malheureusement pas permis de rassembler d'autres documents à ce sujet.

---

## CONCLUSIONS

---

I. L'actinomyces peut se localiser aux doigts, produisant ainsi une nouvelle variété pathogénique et clinique de panaris, le panaris actinomycosique.

II. Ce panaris est produit par l'inoculation directe du champignon rayonné, introduit par effraction sous les téguments avec des débris de végétaux. On l'observe surtout chez les cultivateurs. C'est une affection rare jusqu'ici. Nous en avons réuni dans ce travail dix observations ; le diagnostic a été confirmé par l'examen histologique dans sept cas ; dans les trois autres, où les signes cliniques avaient cependant permis d'affirmer l'actinomycose (obs. VIII, IX et X), ce contrôle a fait défaut.

III. Les lésions que l'on observe au doigt sont analogues à celles qui ont été décrites dans l'actinomycose primitive de la peau. Les tissus réagissent vis-à-vis du parasite par une prolifération cellulaire intense, qui constitue le nodule actinomycosique, gangue fibreuse qui étouffe le champignon et entrave son évo-

lution ; aussi, y a-t-il un intervalle constant entre l'inoculation et l'apparition des premiers symptômes ; cette incubation varie de quelques semaines à deux ans (obs. I). Plus rarement, les tissus ne réagissent pas contre l'infection mycélienne qui se développe rapidement en produisant d'emblée des ulcérations ; c'est la forme aiguë, exceptionnelle (obs. VI).

On observe plutôt la forme chronique, présentant le type nodulaire, puis ulcéré. Le nodule est quelquefois unique, formant une petite tumeur arrondie, indolore, à évolution très lente, du volume d'une noisette ou d'une noix (obs. I et V).

Le plus souvent, de nouveaux nodules apparaissent autour du premier ; ils soulèvent la peau de la phalange qui prend un aspect bosselé, mamelonné. Ces nodules, durs au début, se ramollissent ensuite, donnant issue à une sérosité purulente peu abondante.

La lésion reste généralement localisée à la peau et au tissu cellulaire, mais il peut se produire des lésions osseuses par infection secondaire (obs. VI et VII).

IV. Le diagnostic, souvent délicat, devra surtout être fait avec les lésions tuberculeuses ou syphilitiques ; l'étiologie spéciale, l'incubation souvent longue, l'évolution torpide et récidivante, la tuméfaction nodulaire, indurée, feront penser à l'actinomycose.

La constatation des grains jaunes au microscope sera nécessaire pour affirmer le diagnostic.

V. Le pronostic est bénin dans la plupart des cas. Le panaris actinomycosique abandonné à lui-même

n'a aucune tendance spontanée à la guérison; l'ulcération mycosique tend à gagner à la fois en surface et en profondeur; mais la guérison survient assez rapidement par un traitement approprié.

*Vu :*

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

ANTONIN PONCET

*Vu :*

LE DOYEN,  
LORTET.

*Vu et permis d'imprimer :*

Lyon, le 2 décembre 1903.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ

GABRIEL COMPAYRE



## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

---

- ALBERT, Zwei Fälle von Aktinomykose (Gesellschaft der Aerzte in Wien, 29 déc. 1889).
- ANGUÉ, Panaris ostéomyélique (th. de Lyon, 1896-97).
- BECUE, De l'actinomykose (th. de Paris, 1892-93).
- BERTHA, Über einige bemerkenswerte Fälle von Aktinomykose (Wiener medicin. Wochenschrift, 1888, n° 35).
- BESSE, Contribution à l'étude de l'actinomykose (th. de Lyon, 1895-96).
- BLANCHARD, In pathol. gén. de Bouchard, t. II : le mycétome ou Nocardia Madurae, p. 869 et Nocardia bovis, p. 863.
- CART, Contribution à l'étude de l'actinomykose (th. de Paris, 1889-90).
- DOR, Actinomykose. Recherche du champignon rayonné; ses caractères morphologiques et réactionnels dans les tissus (Presse médicale, 16 septembre 1903).
- FEIBES, Betrachtungen über das Iodipin (Dermat. Zeitschrift, Bd. IX, 1902).
- GANGOLPHE, Maladies infectieuses des os (actinomykose des os).
- ILICH, Beitrag zur Klinik der Akt, Vienne 1902.
- KANTHACK, Pied de Madura (Journal of pathologie and bactériologie, oct. 1892).
- KUCERA, Über Hautaktinomykose (Wiener med. Presse, 30 mars 1902).
- MARC, Sur quelques cas d'actinomykose en Lorraine (th. de Nancy, 1902).
- MÜLLER, Über Infection mit Akt. durch ein Holzsplitter (Beiträge zur klin. Chir. Bruns, Bd. III, p. 355, 1888).
- POLAILLON, Article PANARIS, in Dict. encycl. des Sc. méd., t. XXX.

PONCET, Actinomycose des os (in *Traité de chir.*, Duplay, Reclus, t. II).

PONCET et BÉRARD, *Traité clinique de l'actinomycose humaine*, 1898.

— *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1<sup>er</sup> avril 1902 ; 9 juin 1903.

PONCET et THÉVENOT, De l'actinomycose en France et à l'étranger dans ces cinq dernières années (*Bull. ac. méd.*, 9 juin 1903).

PONFICK, *Wiener medicinische Zeitung*, XXV, 1880.

— *Verhandlungen der Deuts. (Gesellur f. Chir.*, Berlin 1879, n° 8).

POURPRE, Actinomycose cutanée primitive de la face (th. de Lyon, 1901-02).

ROGER, Article ACTINOMYCOSE, in *Traité de médecine*, Charcot, Bouchard, Brissaud, t. I, p. 668, 1891.

ROUSSEL, De l'actinomycose (th. de Paris, 1890-91).

RUELLE, Du mycétome (th. de Bordeaux, 1893-94).

SICARD, Actinomycose cutanée du doigt (*Presse médicale*, 15 août 1903).

THÉVENOT, Panaris actinomycosique de l'annulaire droit (*Presse médicale*, 16 sept. 1903).

TABURET, Actinomycose cutanée (th. de Bordeaux, 1893-94).

VINCENT, Actinomycose cutanée (th. de Lyon, 1897-98).



